

Fecha de la notificación:
Nombre del caso:
Número Nombre del trabajador:
Número:
Teléfono:
Dirección:

(ADDRESSEE)

[]

[]

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Sus beneficios no cambiarán si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el condado cambiará la cantidad de su asistencia monetaria de \$ _____ a \$ _____. La asistencia monetaria para _____, el otro de los padres de la familia, se descontinuará a menos que esta persona vaya a la entrevista que le hemos programado o nos llame a más tardar en _____ y nos dé un motivo justificado para no hacer lo que el condado pide, o acepte un plan para hacer lo que el condado pide.

LA RAZON ES LA SIGUIENTE:

_____ tiene un problema en relación a su participación en el Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work - WTW). Para hablar de este problema, hemos programado una entrevista con esta persona en _____ a la(s) _____ en _____.

Este es el problema:

- No firmó su plan de WTW.
No está participando o no está progresando de una manera satisfactoria en la actividad que se le asignó: _____.
No aceptó un empleo.
Dejó un empleo.
Redujo sus ingresos.
_____ ya no está exento de participar y no está participando en WTW.
_____ no tuvo un motivo justificado para no hacer lo que el condado pide y ya recibió otra(s) notificación(es) informándole de lo que no hizo; _____, el otro de los padres de la familia, no está participando en WTW.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Sección XI de las Normas para la Implementación de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños); secciones 11327.4 y 11327.5 del Código de Bienestar Público e Instituciones

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables del mes de

Table with financial calculations: Total de ingresos provenientes de un negocio, Gastos del negocio, Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia, Total de ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad, Deducción de \$225, Ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad no exentos, Total de ingresos ganados, Ingresos netos provenientes de trabajo por cuenta propia, Subtotal, Deducción del 50% de los ingresos ganados, Subtotal, Ingresos no ganados basados en incapacidad/discapacidad no exentos (de la parte de arriba), Otros ingresos no exentos (unidad de asistencia + personas que no son parte de la unidad de asistencia).

Ingresos netos contables

Sección B. Su asistencia monetaria del mes de

- 1. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia + personas que no son parte de la unidad de asistencia) \$ _____
2. Necesidades especiales (unidad de asistencia + personas que no son parte de la unidad de asistencia) + _____
3. Ingresos netos contables de la Sección A - _____
4. Subtotal = []
5. Asistencia máxima para _____ personas (unidad de asistencia solamente) (excluyendo a las personas que han sido sancionadas) \$ _____
6. Necesidades especiales (unidad de asistencia solamente) + _____
7. Subtotal de asistencia máxima = []
8. Subtotal de asistencia del mes completo (La cantidad de la línea 4 ó 7, la que sea menor) = _____
9. Línea 8 prorrateada para parte del mes = _____
10. Ajustes: Sanción del 25% por mantenimiento de hijos - _____
Pago excesivo - _____
Otras sanciones - _____
Cantidad adicional + _____
11. Cantidad mensual de asistencia monetaria (Línea 8 ó 9 después de los ajustes) = _____

NOTIFICACION DE ACCION

(Continuación)

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación _____
Nombre _____
del caso _____
Número _____

¿QUE SUCEDE EN LA ENTREVISTA?

En la entrevista, usted puede dar sus motivos para no hacer lo que el condado pide. Si tiene un motivo justificado, su asistencia monetaria no cambiará. Algunos ejemplos de motivos justificados son: usted es víctima de la violencia doméstica o no tiene cuidado de niños o transporte. Para obtener más ejemplos de motivos justificados, vea su manual de WTW.

En vez de asistir a la entrevista, usted puede llamar a su trabajador de WTW para darnos su motivo justificado para no hacer lo que el condado pide, o para aceptar un plan para hacer lo que el condado pide. Comuníquese con _____ llamando al () - _____.

Si no puede asistir a esta entrevista, puede llamar a su trabajador de WTW a más tardar en _____ para programar otra entrevista. Solamente puede volver a programar esta entrevista una vez.

Si se decide que _____ no tuvo un motivo justificado para no hacer lo que el condado pide, haremos un plan para que lo haga. Se espera que _____ acepte el plan o se discontinuará la asistencia monetaria de esta persona.

Si se discontinúa la asistencia monetaria de usted, necesitaremos a una persona autorizada para recibir el pago de asistencia de su familia. Podemos enviárselo a alguien en quien usted confíe. Dele el nombre y dirección de esta persona al:

Trabajador del condado: _____

Calle, ciudad, zona postal: _____

Teléfono: () _____

No pagaremos el cuidado de niños, el transporte, ni los gastos relacionados al trabajo o entrenamiento de _____ mientras que esta persona no esté recibiendo asistencia monetaria.

Si esta persona no resuelve el problema relacionado a su participación a más tardar en _____ y se reduce la asistencia monetaria de usted, es posible que su asistencia monetaria vuelva a subir si reúne los requisitos y:

- si _____ coopera.
- si _____ coopera; después de _____.

El otro de los padres de la familia, _____, puede volver a recibir asistencia monetaria si reúne los requisitos y:

- coopera.
- coopera; después de _____.

HAY A LA DISPOSICION CUIDADO DE NIÑOS Y TRANSPORTE SI LOS NECESITA PARA AYUDARLE A ASISTIR A ESTA CITA

Si necesita ayuda con el cuidado de niños o el transporte para poder asistir a esta cita, llame a su trabajador de WTW.

Esta persona puede obtener ayuda gratuitamente de la:

Oficina de asesoramiento legal: _____

Oficina para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública: _____

CCWRO (Coalición de Organizaciones de California para la Defensa de los Derechos Relacionados a la Asistencia Pública): _____

En esta notificación se calcula la nueva cantidad de su asistencia monetaria.